UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET PHARMACIE
ANNÉE 1941 – N° 13

ABCES DE L'OVAIRE

APRES

MANŒUVRES ABORTIVES

THESE

présentée et publiquement soutenue
le 30 Juin 1941
par

FRIJA David
Ançien Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 20 Juin 1913 à Mogador (Maroc)

MEMBRES du Jury :

MM. LAFFONT	: Professeur de Clinique obstétricale et de Puériculture du 1er. âge.	**Président**
PORTES	: Professeur de Physique Médicale	**Juges**
LACROIX	: Agrégé (Médecine)	
GOINARD	: Agrégé (Chirurgie)	

Impr. CHARRAS Cens. N° (4185)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542710_0038

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET PHARMACIE
ANNÉE 1941 – N° 13

ABCES DE L'OVAIRE

APRES

MANŒUVRES ABORTIVES

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

THESE

présentée et publiquement soutenue
le 30 Juin 1941
par

FRIJA David
Ançien Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 20 Juin 1913 à Mogador (Maroc)

MEMBRES du Jury :

MM. LAFFONT	: Professeur de Clinique obstétricale et de Puériculture du 1er. âge.	**Président**
PORTES	: Professeur de Physique Médicale	**Juges**
LACROIX	: Agrégé (Médecine)	
GOINARD	: Agrégé (Chirurgie)	

Impr. CHARRAS Cens. N° (4185)

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET PHARMACIE

DOYEN	MM. LEBON (O. ✻, ⚕, I. ✿).
DOYEN HONORAIRE	LEBLANC (O. ✻, ⚕, I. ✿).
ASSESSEUR	CABANES (✻, ⚕, I. ✿)

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. ✻, ⚕, I. ✿).
Histologie et embryologie	BENOIT (A. ✿).
Clinique gynécologique	CABANES (✻, ⚕, I. ✿).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (O. ✻, ⚕, I. ✿).
Chimie biologique et médicale	ETTORI (A. ✿).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (I. ✿, ⚕, O. ✻).
Hygiène, hydrologie et climatologie	GIBERTON (A. ✿).
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (O. ✻, ⚕, I. ✿).
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (O. ✻ , ⚕ , I. ✿).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOMBARD (✻, ⚕, I. ✿).
Anatomie pathologique	MONTPELLIER (I. ✿).
Pharmacie	MUSSO (✻, I. ✿).
Bactériologie	PINOY (✻, I. ✿).
Clinique psychiatrique	POROT (I. ✿).
Physique médicale	PORTES (✻, ⚕, I. ✿).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✻, ⚕, I. ✿).
Anatomie	DE RIBET (✻, ⚕, I. ✿).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (✻, ⚕, I. ✿).
Clinique ophtalmologique	TOULANT ✻, ✻, A. ✿).
Physiologie	TOURNADE (O. ✻, ⚕, I. ✿).
Médecine légale	N...
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N...
Clinique médicale et hygiène infantile	N...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (✻, ⚕, I. ✿). — MM. LEBLANC (O. ✻, ⚕, I. ✿).
COURRIER (✻, ⚕, I. ✿). — WEBER (✻, ⚕, I. ✿).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. HOUEL (✻, ⚕, I. ✿), agrégé perennisé (Obstétrique).
FERRARI (✻, I. ✿), Chirurgie.

AGREGES

Obstétrique	MM. JAHIER.
Médecine	LACROIX (A. ✿).
	SARROUY (✻, ⚕).
	THIODET (⚕).
Histologie	KEHL
Chirurgie	CURTILLET.
	GOINARD.
	SABADINI (A. ✿).
Anatomie pathologique	N...
Anatomie	N...
Chimie médicale	N...
Histoire naturelle pharmaceutique	ROQUES (I. ✿).
Physiologie	N...
Pharmacie	MONNET.

AGREGES LIBRES

Physiologie	MM. BATTEZ.
Chirurgie	DUBOUCHER. (I. ✿).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Je dédie cette thèse :

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON FRERE

A qui je dois tout.
Qu'il trouve ici le faible témoignage de ma gratitude et de ma reconnaissance.

A MES SŒURS

Leur affection et leur tendresse seront toujours pour moi d'un précieux secours.

A MON AMI ET COMPAGNON D'ETUDES

René GOLFAND

Externe des hôpitaux de Paris.

« *Meis et Amicis* »

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur A. LAFFONT

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse après nous en avoir inspiré le sujet.

Pour l'accueil qu'il nous a réservé et pour le bénéfice que nous avons pu tirer de son lumineux enseignement, nous lui devons une profonde et respectueuse reconnaissance.

A NOTRE JURY

Monsieur le Professeur PORTES

Monsieur le Professeur Agrégé A. LACROIX

Monsieur le Professeur Agrégé A. GOINARD

Hommages respectueux.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur RATHERY
Monsieur le Professeur CUNEO
Monsieur le Professeur BEZANÇON
Monsieur le Professeur TROISIER
Monsieur le Professeur R. DEBRE
Monsieur le Professeur OMBREDANNE
Monsieur le Professeur P. CHEVALLIER

Monsieur le Docteur CAPETTE
Chirurgien de l'hôpital Bichat

Monsieur le Docteur GUEULLETTE
Chirurgien des hôpitaux de Paris

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX D'ALGER

Hommages respecueux.

ABCES DE L'OVAIRE
APRES
MANŒUVRES ABORTIVES

Considérations Générales

« ... entre les nombreuses lésions réunies dans le langage courant et la pratique journalière sous le nom d'infection puerpérale, chercher à désigner les pires, insister sur leur diversité ... »

Mondor « Les Avortements mortels »

A lire le petit nombre d'observations publiées, l'abcès de l'ovaire d'origine abortive, n'apparaît pas comme fréquent. Mais sa rareté n'est peut-être que relative et peut s'expliquer par le manque de constatations nécropsiques.

Tel que nous le considérons et tel qu'il se présente dans les cas considérés, il se montre indépendant de toute grosse lésion tubaire. C'est l'impression qui se dégage de l'examen macroscopique des pièces, aisément vérifiable par l'étude histologique.

Cette intégrité relative de la trompe contribue à distinguer cet abcès de ceux que l'on peut voir au cours de l'évolution d'une salpingite.

Il doit de plus être différencié de la suppuration de lésions ovariennes préexistantes, kystes dermoïdes et mucoïdes notamment.

Ainsi, pouvons-nous le définir comme étant une collection purulente d'origine abortive, résultant d'une inflammation aiguë, développée au dépens des tissus propres de l'ovaire.

Comme nous essaierons de le montrer, le traumatisme abortif, en ouvrant de nombreuses voies sanguines et lymphatiques, permet aux germes d'arriver jusque aux ovaires ; et la localisation de l'infection à

ceux-ci, pose un problème physio pathologique qu'il nous a paru intéressant de discuter.

A la symptomatologie propre de l'abcès, s'associe des signes d'infection générale. Son diagnostic souvent difficile, es t important cependant à faire précocement, car son évolution est en général aiguë et seule l'intervention opératoire, peut éviter une grave complication : la rupture en péritoine libre.

Monsieur le Professeur Laffont a bien voulu nous fournir la matière de ce travail : qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Historique

Historique

Il n'est pas d'auteur qui se soit attaché à individualiser les abcès de l'ovaire consécutifs à l'avortement criminel, et l'histoire de ces abcès se confond avec celles des ovarites suppurées.

De 1782 à 1858, de nombreux auteurs en passant par Clarus en 1812, Franck en 1818, Murat en 1819 et Baudelocque en 1830, Duges et Boivin et 1833, Scanzoni en 1858, ont multiplié les mémoires sur les lésions suppuratives de l'ovaire ; mais aucun d'eux ne rapporte la suppuration de l'ovaire à l'avortement.

Cependant avant eux en 1782, Krueger de Goettingue avait signalé dans sa thèse l'avortement comme l'une des causes les plus fréquentes des abcès de l'ovaire. Mais la relation des faits qu'il avait observés ne laissait pas percevoir l'importance qu'il convenait d'attribuer à ces abcès.

Et après 1880, les opérateurs se sont bornés à constater la participation de l'ovaire aux affections purulentes du petit bassin, sans que leur attention soit attirée sur le détail des lésions présentées par cet organe.

Il faut attendre Pierre Delbet qui le premier a signalé l'indépendance des lésions de l'ovaire de celles de la trompe. Dans sa description il a surtout en vue les abcès puerpéraux et insiste sur leur tendance à s'ouvrir dans le péritoine.

En 1927, J. P. Tourneux de Toulouse a rapporté 2 observations d'ovarite suppurée et attirait l'attention

sur l'absence de lésions inflammatoires analogues des trompes de Fallope.

Plus tard, Moulonguet Doleris dans « Les diagnostics anatomo cliniques de Lecène » a consacré un chapitre aux ovarites suppurées dans lequel il considère un groupe d'abcès où la lésion suppurée de l'ovaire prend le pas sur les autres lésions pelviennes, où l'abcès ovarien étant une complication post abortive existe sans salpingite.

Les ouvrages et mémoires plus récents n'ont pas tenu compte de cette complication des avortements provoqués, et Mondor lui-même dans son livre « Les avortements mortels » passe sous silence cette variété d'abcès.

Tout dernièrement en 1938, Fernandez Martianio (1) au Brésil et Black (2) en Amérique, ont fait une étude particulière des abcès de l'ovaire. Nous n'avons pas pu nous procurer les publications de ces auteurs.

---

(1) Fernandez Martianio : Arq Brasil de Cir et ortop. 5 : 326-332 March 38.

Annales brasil de gynéc. 5 : 476-480 Man 38.

(2) Black : Américain Journal of Obstetric and Gynécology. Abcès de l'ovaire - South. M. J. 29 : 630-636 Juil. 1933.

Anatomie Pathologique

Anatomie Pathologique

Tantôt l'abcès de l'ovaire est unique et son volume peut varier de la grosseur d'une noix à celle d'une orange ou d'une tête de foetus. Il est ovalaire ou arrondi ; il est bien limité par une coque fibreuse et tout autour de lui le tissu ovarien est sain.

Tantôt les abcès sont multiples ; ils tendent à fusionner et peuvent aboutir à la fonte massive de l'organe devenu parfois de volume considérable. La suppuration se dispose alors en coulées serpigineuses et on peut observer des abcès disséminés ou rassemblés en une vaste poche nécrotique, contenant un pus plus ou moins épais.

A la coupe de l'organe, on note la présence d'une cavité unique ou un aspect alvéolaire. Le pus contenu est de coloration jaune ou verdâtre et contient des microbes divers.

Histologiquement il y a une considérable infiltration leucocytaire avec refoulement à la periphérie du tissu ovarien par l'intermédiaire de la couche fibro vasculaire.

La paroi de l'abcès renferme souvent des cellules du type lutéinique. Chomé considère la présence de ces cellules comme une preuve du développement de l'abcès au niveau d'un corps jaune et ajoute comme caractère important de ce siège fréquent, l'existence d'une limite nette de l'abcès vers le stroma ovarien.

Pour Kehrer qui les a étudiés dans un mémoire, les abcès du corps jaune sont les plus fréquents des abcès de l'ovaire.

L'examen histologique confirme par ailleurs, l'état jeune de l'abcès et nous fait constater l'absence fréquente d'amas purulents en voie de résorption et l'absence de remaniement et de sclérose du stroma ovarien.

La suppuration de l'ovaire peut être isolée ; elle s'accompagne souvent de lésions congestives minimes et négligeables de la trompe. C'est l'aspect le plus fréquemment observé et les parois de la trompe conservent en général leur souplesse ; leur pavillon reste étalé et libre et la muqueuse tubaire a l'aspect normal ; on ne trouve pas de liquide dans sa cavité. Les examens microscopiques répétés ne révèlent aucune lésion.

Parfois l'abcès de l'ovaire s'accompagne d'abcès unique ou multiples du corps utérin.

Dans certains cas on a pu noter l'épaississement du ligament large qui renfermait des nodules ayant l'aspect de ganglions lymphatiques. Ceux-ci sectionnés, laissaient suinter sur la surface de section des goutelettes de pus et Mauger les définit comme étant « des réseaux épais de vaisseaux lymphatiques suppurés. »

L'abcès de l'ovaire ne semble pas contrairement à l'opinion de Begouin et Papin pouvoir évoluer normalement vers la transformation scléreuse, mais bien plutôt au moment où la collection purulente est constituée, ne plus montrer aucune tendance à la retrocession spontanée et à la longue, se rompre.

Etiologie

Etiologie

La septicité de la manœuvre, cause de l'abcès de l'ovaire, est évidente quand on sait que les instruments les plus baroques depuis la simple épingle à cheveux jusqu'au tisonnier sont utilisés. La perforation de l'œuf par des aiguilles à crochet, l'injection intra-utérine de substances très variées, l'introduction momentanée ou à demeure d'un corps étranger in utero, en particulier d'une sonde en gomme sont pratiques courantes. L'inconstance des résultats en pareils cas, a jeté un discrédit, comme le fait remarquer Jeannin sur ces manœuvres qui sont parfois remplacées par une technique calquée sur celle de l'avortement thérapeutique, c'est-à-dire l'introduction d'une tige de laminaire suivie ou non de curettage.

Les manœuvres sont souvent repétées par une matrone, une parente ou une amie compatissante qui, dans son ignorance, se lave les mains parfois après son intervention, rarement avant.

Au cours de toutes ces manœuvres, le traumatisme va jouer un rôle capital : eraillures du vagin, déchirures du col utérin, sont habituelles et pourrait-on dire constantes. Ces lésions vont favoriser la pullulation des germes et ouvrir de nombreuses portes lymphatiques et veineuses.

De son côté, la plaie placentaire, constituée par des culs de sac glandulaires dilacérées, par des lymphatiques largement ouverts, par des sinus sanguins facilement perméables, livre le système circulatoire aux microbes qui ont gagné l'utérus.

Tout est donc remarquablement préparé : une plaie qui reste béante, une flore normalement abondante et par accidents accrue, des traumatismes divers, enfin les facilités « absorbantes », circulatoires, veineuses et lymphatiques de l'utérus en gestation.

On pourrait espérer dans une moindre béance vasculaire, une moindre fragilité organique, une flore non augmentée, une obturation cervicale plus efficace ; mais ce serait compter sans l'obstination, la répétition des gestes et puisqu'ils restent inefficaces, leur acharnement peu à peu plus brutal.

Pathogénie

Pathogénie

Il est essentiel de préciser dans ce chapitre :

I. - La nature des agents habituels de l'abcès de l'ovaire.

II. - L'origine des germes en cause.

III. - Les voies de propagation par lesquelles se fait l'infection vers les ovaires.

I. - AGENTS HABITUELS DE LA SUPPURATION

Ce sont surtout les pyogènes habituels et la première place revient au streptoccoque.

Près de ce germe et en association avec lui, le staphyloccoque et le colibaccille.

On ne connaît pas d'abcès post abortif monomicrobien. En général, les germes s'associent les uns aux autres et tous les examens de pus révèlent une flore variée.

II. - ORIGINE DES GERMES

C'est une origine mixte : exogène et autogène.

L'origine exogène est indiscutable ; plus souvent que des hôtes normaux, les microbes sont importés au momment des manœuvres abortives. Les instruments variés, exceptionnellement ou insuffisamment flambés, les mains septiques de l'avorteuse, introduisent les germes dans les voies génitales où ils s'abritent et végètent, gagnant peu à peu les ovaires.

L'auto infection naîtra facilement du fait de très nombreux microbes qui habitent le segment vulvo-

vaginal. La vulve est surtout riche en aérobies. Dans le vagin on rencontre les espèces ordinaires et même le streptoccoque. Le col lui-même se laisse normalement envahir par tous ces germes : Madame Vinaver a constaté la présence du streptoccoque au niveau du col de l'utérus 240 fois sur 625 femmes examinées à la clinique Baudelocque, à Paris.

Si l'ascension de ces germes peut se faire spontanément grâce à la béance de l'utérus puerpéral, il faut surtout retenir qu'elle s'effectue au cours des manœuvres abortives ; la main, la canule, la sonde... recueillent en passant sur la vulve et au travers du vagin les germes qui y pullulent et les portent vers le col.

Pour pouvoir agir, les microbes vont être dans de bonnes conditions de terrain, conditions qui se trouvent réalisées grâce aux plaies du canal utéro vaginal, du fait de la détention de débris ovulaires et de toutes les solutions de continuité.

Les germes peuvent arriver déjà virulents. De toute façon, ils exalteront cette virulence sur place :

Par association avec des germes déjà existants et tel streptoccoque par lui-même peu actif devient très dangereux par suite de son alliance avec le colibacille.

Et d'après de récentes recherches, l'augmentation de la virulence des germes serait encore marquée par leur faculté de s'encapsuler. Ils pourraient grâce à cette capsule échapper à l'action directe des leucocytes et à celle des anticorps ainsi que cela avait été signalé par Metchnikoff, puis par Seraphini.

III. - VOIES DE PROPAGATION VERS LES OVAIRES

Il y a lieu d'envisager trois modes de propagation :

1. -Par continuité ;
2. - Par voie sanguine ;
3. - Par voie lymphatique.

I. - PROPAGATION PAR CONTINUITE

Quénu, Trélat, Terrillon et de nombreux auteurs après eux avaient soutenu que l'infection qui a débuté au niveau de la muqueuse du col, gagne de place en place le corps de l'utérus, la muqueuse de la trompe et enfin l'ovaire C'est vrai dans l'infection gonococcique; c'est inexact dans les abcès de l'ovaire après manœuvres abortives car on devrait s'attendre si ce mode d'infection existait, à trouver des trompes également suppurées. Or, elles sont généralement saines et tout au plus, les lésions tubaires se limitent elles à une simple congestion de voisinage; ce ne sont jamais des lésions suppuratives et ce qui fait justement le propre de ces abcès c'est qu'ils ne s'accompagnent jamais de salpingite mais plutôt d'une intégrité tubaire.

II. - PROPAGATION PAR VOIE SANGUINE

Il semble qu'il n'est plus besoin d'invoquer aujourd'hui, dans tous les cas, la formation d'une phlébite suppurée au niveau d'une plaie suivant l'hypothèse de Hunter ; la métrophlébite ou phlébite suppurée des sinus utérins existe de façon indiscutable et l'abcès d'ailleurs, peut s'associer dans certaines formes cliniques à une thrombo phlébite suppurée. Les germes suivant cette hypothèse seraient contenus dans

le caillot de la phlébite et ils seraient transportés par embolie jusqu'au niveau de l'ovaire.

Mais cette phlébite n'est pas nécessaire et l'expérimentation a montré que l'on pouvait reproduire des abcès métastatiques chez l'animal en lui injectant des microbes pyogènes dans une veine. Et si l'on se rapporte aux travaux récents de Warnekrös, on constate que :

Sur 100 hemocultures faites par ce dernier, 99 furent positives chez des malades entrées à l'hôpital pour des rétentions placentaires fébriles compliquant un avortement toujours provoqué. Après curettage, la fièvre tombe et les hémocultures répétées deviennent négatives. Les malades partent guéries. La présence de microbes dans le sang ne fut donc que bactériémie presque éphémère.

Or, les traumatismes divers de l'avortement ouvrent les voies circulatoires et facilitent le passage direct des germes pathogènes dans le sang ; il est ainsi démontré par Warnekrös l'existence d'une bactériémie qui survient après manœuvres abortives et que pourrait seulement déceler la présence transitoire de quelques microbes dans le sang et cela sans aucune manifestation clinique apparente.

Le résultat de cette bactériémie serait la fixation du micro organisme circulant sur l'ovaire.

III. - PROPAGATION PAR VOIE LYMPHATIQUE

Rouvière a décrit les lymphatiques qui anastomosent l'ovaire avec la trompe et l'utérus et ajoute « Les collecteurs de la trompe et ceux de l'ovaire se confondent. Autrement dit, les premiers se jettent dans les seconds. Cependant, comme les collecteurs de l'ovaire sont plus nombreux que ceux de la trompe, il

est des lymphatiques ovariens qui ne présentent aucune relation avec les collecteurs tubaires. »

Il semble que Poirier ait méconnu les anastomoses réelles tubo-ovariennes et n'ait retenu dans ses travaux que l'interdépendance lymphatique partielle que signale Rouvière entre les collecteurs des deux organes. Et Chomé prenant comme base de discussion les conclusions de Poirier, s'élevait dans sa thèse contre la possibilité d'infection par voie lymphatique.

Cependant bien avant lui, Lucas Championnière, Widal et Reymond avaient insisté et démontré le rôle des lymphatiques dans les infections ovariennes. Et aujourd'hui les anatomo-pothologistes, admettent la propagation lymphatique et reconnaissent la présence d'infiltrats leucocytaires au voisinage de la zone abcédée et jusque dans les lymphatiques du hile. Par ailleurs, dans une observation que nous avons empruntée à Mauger, l'examen du ligament large a montré des nodules ayant l'aspect de ganglions lymphatiques qui sectionnés, laissent suinter sur la surface de section des goutelettes de pus et ces nodules inflammatoires siègent principalement au voisinage du hile de l'ovaire. Mauger les considère comme des « réseaux épais de vaisseaux lymphatiques suppurées. »

Physio-Pathologie

Physio-Pathologie

Par des théories élégantes, souvent séduisantes mais peu expérimentales, de nombreux auteurs ont cherché à démontrer les raisons pour lesquelles l'infection se localisait au niveau de l'ovaire plutôt que sur les organes voisins ou éloignés.

On pourrait admettre que le germe responsable aurait un tropisme pour tel ou tel organe. Cette manière de voir se rattache de près à celle de Rosenow qui admet dans sa théorie de la « focal infection » le transit passager de l'organisme infectant dans le sang, et ce seraient les propriétés biotropiques du microbe même qui détermineraient sa localisation. Et ces propriétés microbiennes dépendraient non seulement de leur virulence autonome, mais aussi et surtout des conditions de culture dans l'organisme : lancés dans l'organisme, les germes vont se fixer et se reproduire dans l'organe qui leur offre des conditions biologiques de développement analogues à celles qu'ils avaient dans le foyer initial. Or, ce foyer initial est une plaie produite au cours de la manœuvre abortive et le foyer de localisation, l'orifice de rupture du follicule de De Graaf qui mesure plusieurs millimètres ; les germes trouveront dans cette déhiscence, des conditions éminemment favorables à leur développement.

Ainsi, présence d'un foyer infectieux à distance de l'organe lésé, affinité élective microbienne pour cet organe, constituent les deux traits essentiels de la théorie de Rosenow et cet auteur pense en fournir la

preuve clinique, thérapeutique, expérimentale, sérologique et bactériologique.

Théorie séduisante. Reste à savoir si l'atteinte de de l'ovaire résulte d'une affinité élective réelle du germe en cause ou si c'est au contraire l'organisme infecté qui commande la localisation et le mode réactionnel.

Bach, Lesbre, Grandclaude, Thibault et Raison entre autres, ont fait une critique sévère de cette théorie et il semble bien comme le disent Liégeois et Albot, qu'on doive substituer à la « notion de tropisme » celle d'une « prédisposition locale ». Nous en avons un exemple type dans le rôle favorisant sinon nécessaire des lésions cardiaques antérieures dans la genèse de la maladie d'Osler.

De même, nous devons juxtaposer à la notion de métastase septique, celle de réaction tissulaire aux corps microbiens : cette réaction tissulaire est peut-être expliquée dans certains cas par les conceptions actuelles sur l'allergie. Mais il reste difficile d'invoquer dans ce but des faits variés qui ressortissent à la clinique et à la biologie.

La clinique, il est vrai, nous fait voir une source d'infection à distance résultant des manœuvres abortives qui explique que l'organisme puisse modifier ses capacités réactionnelles, s'allergiser.

Mais la biologie n'apporte aucune preuve absolue à l'idée, que toutes les lésions de l'ovaire soient imputables à une réaction allergique du tissu atteint.

Quelle est alors la nature de cette localisation ? Peut-on poser là l'hypothèse de l'histogénèse sympathique de la lésion ovarienne ?

Les travaux de Reilly et de son école concernant la pathologie de la fièvre typhoïde, ont débordé très largement le cadre pour jeter une lumière sur des questions jusqu'ici impénétrables, en apportant en particulier la preuve des réactions étroites qui unissent sympathique et système reticulo endothélial.

De ces travaux, nous ne ferons mention que de ce qui peut nous aider à comprendre le mécanisme physio pathologique qui nous intéresse actuellement.

Reilly a démontré de façon irréfutable que les lésions intestinales de la fièvre thyphoïdes sont en rapport avec l'atteinte du système sympathique. Leur spécificité ne vient pas de la spécificité du germe thyphique, mais uniquement de son tropisme pour le système neuro végétatif abdominal. On peut les reproduire par une atteinte quelconque du splanchnique, physique, chimique et biologique. Or, ces lésions apparaissent anatomiquement comme étant essentiellement réticulo endothéliales et il semble bien que les réactions de ce tissu ne soient que l'expression d'une atteinte des filets sympathiques qui règlent son dynanisme.

Les travaux remarquables de Reilly nous suggère l'idée suivante : si nous admettons que la modifications de base soit l'imprégnation du sympathique par les germes infectants, suivant la profondeur de l'atteinte, la localisation sera différente.

Peut-on donc admettre que la localisation soit commandée par le système sympathique ?

Que cette localisation soit liée à l'allergie et ne puisse survenir que sur un organisme allergisé pour entraîner une localisation ovarienne, voilà qui est possible mais rien ne le démontre.

Les travaux récents en apportant la preuve du véritable rôle directeur du système neuro végétatif évoquent l'idée de ce processus auquel nous nous intéressons ici. C'est à ce titre que nous les avons rapportés et il est à remarquer qu'il n'y a là qu'hypothèse de travail qui demandent encore des faits fort nombreux. Faut-il d'ailleurs, démontré auparavant que le sympathique peut commander une lésion suppurée.

Il convient donc de ne pas se laisser entraîner à des généralisations trop hâtives, et reconnaître pour l'instant qu'il existe des faits qui permettent encore de croire que la localisation à l'ovaire peut exister en dehors de toute sensibilisation.

Observations

Observations

OBSERVATION N° 1

(A. Laffont-Faraggi-Frija — Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, Juin 1941)

L... J., 35 ans, entre salle Tarnier le 1er Février 1941, à 20 heures, pour métrorragies et température.
Dans ses antécédents, on trouve du paludisme.
6 grossesses normales.
1 avortement spontané (?).
Cette femme avait eu ses règles fin novembre 1940. Elle était donc enceinte de deux mois environ.
Le 28 Janvier 1941 elle fait placer une sonde intra-utérine.
Le 29 elle expulse le foetus et des débris placentaires.
Le 30 et le 31, l'hémorragie persiste, d'abondance moyenne. La température s'élève sans qu'on puisse préciser les chiffres.

Le 1er Février elle entre dans le service.
A l'examen : Etat général médiocre, traits tirés, pâleur ; dyspnée : T° 39,4. Hémorragie d'abondance moyenne.
Toucher : Col largement ouvert, admettant facilement le médius. Corps ramolli, gros comme une orange. Culs de sac libres.
En raison de l'état général et de la T° on décide de temporiser. Glace.

Le 2 Février : T° matin 38,7 ; soir 39,5.
Pouls : matin 80 ; soir 90.
Etat général : sans changement.
Glace sur le ventre - Dagénan.

Le 3 Février : T° matin 38,7 ; soir 39,5.

Pouls : matin 90 ; soir 120.
Etat général : plus mauvais, facies grippé.
Vomissements verdâtres.
Localement : légère défense de la fosse iliaque gauche.
Dans l'hypocondre gauche tuméfaction mate descendant jusqu'à l'ombilic. Ancienne paludéenne, la malade sait qu'elle a une grosse rate. Cependant, cette tuméfaction semble n'avoir pas la consistance d'une rate (elle est plus molle) ni ses contours (le bord inférieur est arrondi et émoussé). De plus, en donnant des petites secousses d'arrière en avant, on obtient une sensation de flot.
Glace sur le ventre - Dagenan.

Le 4 Février : T° au matin 40°. Pouls, 120.

Etat général : mauvais, sans changement.
Les vomissements se répètent.
Localement, la défense de la F.I.G. s'est atténuée.
La tuméfaction de l'hypocondre sans changement.
Toucher : col perméable au doigt.
Pied du ligament large droit, résistant et douloureux.
Utérus dont on ne sent pas le fond, la défense de la paroi empêchant le toucher et palper combinés.
Formule 2.310.000 G.R. **6.300 G.B., 75% poly.**
Devant cette formule, on décide de traiter l'état général (sérum, tonicardiaques) et on fait 1 gr. de quinine I. M.
Le 4 au soir : T° 38,2. Pouls, 100.

Le 5 Février : T° au matin 38,3. Pouls, 100.

Les vomissements ont cessé, mais l'état général est plus mauvais : nez pincé, yeux excavés.
Localement : la défense de la F.I.G. a disparu.

L'hypocondre est dans le même état.
Formule 8.900 G.B.
Radiographie : ombre sacciforme à bords très nets appendue à la coupole diaphragmatique gauche et descendant jusqu'au bassin. On refait le même traitement (sérum, tonicardiaques, 1 gr., quinine I. M.)
Le soir, T° 38,2. Pouls, 120.

Le 6 Février : T° au matin 38°. Pouls 120.
La malade ne vomit plus, mais son état général est très mauvais, son faciés inquiétant.
T.A. 8 1/2 - 5 au Vaquez.
Localement : même état.
On évacue la malade dans le service de Monsieur le Professeur Ferrari qui décide d'intervenir.
Des ponctions répétées de l'hypocondre gauche avec une aiguille à ponction lombaire ne ramenant que du sang, sous anesthésie locale, on fait une incision exploratrice le long du rebord costal. La loge splénique contient environ 500 grs de sang rouge vif avec des caillots. On l'évacue. La rate apparaît alors, présentant une brèche sur son bord inférieur. Splénectomie. La rate est très friable et se déchire sous le doigt. Transfusion : sérum, toni-cardiques. La malade succombe néanmoins le 7 au matin. L'examen histologique de la pièce a montré une rate paludéenne banale.

AUTOPSIE : A l'ouverture de l'abdomen, liquide sanguinolent, noirâtre, assez abondant.
Rien à signaler dans l'abdomen.
On enlève l'utérus et ses annexes et on constate la présence d'un abcès de l'ovaire gauche, gros comme une noix, ouvert.
La trompe de ce côté est hyperemiée, épaissie.
Les annexes droites sont normales.

L'utérus est gros comme une orange et contient encore des fragments importants de placenta.

OBSERVATION N° II

(A. Laffont-Faraggi-Frija - Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, Juin 1941).

C... F... 32 ans, entre salle Tarnier le 22 Janvier 1941 pour douleurs abdominales et mauvais état général. Dans ses antécédents : Rien à signaler ; 4 grossesses normales.

Cette femme avait eu ses dernières règles du 4 au 11 Décembre 1940.

Le 7 Janvier 1941, après un retard de 3 jours, absorption de 3 grs de quinine.

Le 9 Janvier 1941, petites hémorragies noirâtres, intermittentes, se répétant le 10 et le 11.

Le 12 Janvier douleur brutale dans la fosse iliaque droite avec sensation d'élevation de température (qui n'est pas prise). La malade se purge.

Le 14 Janvier, injection d'eau permanganatée. Après avoir déclaré qu'il s'agissait d'injection intra-utérine, la malade s'est rétractée et a déclaré qu'il s'agissait d'injection qui lui avait été faite par sa sœur, sans l'aide de speculum ni d'aucun instrument. Les douleurs abdominales persistent.

Le 19 Janvier, vomissements verdâtres ; constipation. Cet état persiste jusqu'au 22, jour de son entrée dans le service.

EXAMEN : On se trouve en présence d'une femme dont l'état général est inquiétant : faciés grippé, vomissements verdâtres qui se répètent. T° 38,7. Pouls, 110.

L'abdomen est augmenté de volume. L'utérus ne

semble pas correspondre à l'âge de la grossesse et remonte jusqu'à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.
Toucher : Col dur, fermé.
Corps qui s'évase, dur, remontant à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

On a l'impression d'un utérus fibromateux, peut-être gravide, se mobilisant mal, vraisemblablement en voie de sphacèle ou d'infection à la suite du traumatisme causé par les manœuvres abortives.
On demande un Brouha (qui sera négatif) et on décide d'attendre en traitant l'état général, prêt à intervenir à la moindre aggravation.

Glace sur l'abdomen. Serum glucosé. 2 grammes de soludagenan par jour du 22 au 24 Janvier.
Le **23 Janvier** et les jours suivants, **la température monte régulièrement** pour atteindre 37° le 25 et 36,5 le 26. Le pouls se stabilise aux environs de 100, mais l'état général s'aggrave : nez pincé, yeux excavés, faciés grippé.
L'état local est le même.
Les vomissements se répètent.
Le **27 Janvier** devant l'aggravation de l'état général, on demande une formule qui montre 4.970.000 G. R. avec 92,4% de polynucléaires.

On décide une laparotomie exploratrice. Dès l'incision du péritoine, pus crémeux abondant (un litre) polymicrobien, à prédominance strepto et entero. Méchage. Fermeture.

Décès dans la nuit du 27 au 28 Janvier.

AUTOPSIE : Abcès de l'ovaire droit gros comme une grosse noix, ouvert. Prolifération de la muqueuse utérine sur la face postérieure.

Un examen histologique est demandé ; reliquat ovarien entièrement deshabité de tissu ovulaire.

*
**

Les deux observations précédentes nous montrent deux abcès de l'ovaire rompus, consécutifs à des manœuvres abortives.

Au point de vue étiologique si la cause est nette dans le cas I. (sonde utérine) elle est beaucoup moins évidente dans le cas II. On n'a pas pu savoir de façon précise les manœuvres tentées. De plus, ces manœuvres ont été pratiquées après un retard de trois jours et l'examen histologique du contenu utérin n'a pas montré de tissu ovulaire. Il est possible qu'il s'agisse d'un accident à ajouter à la liste déjà longue des accidents dûs à des manœuvres abortives chez des femmes non enceintes. Et il est une fois de plus démontré, que dans leur agitation anxieuse, des femmes non enceintes qui se hâtent vers des manœuvres abortives risquent autant de complications que celles qui sont véritablement enceintes.

Au point de vue clinique, dans les deux cas on a noté une rupture d'abcès avec péritonite qui a évoqué irrésistiblement les péritonites asthéniques des fièvres thyphoïdes graves. C'est une forme latente, silencieuse, sans contracture vraie et non seulement manquent les signes avertisseurs que le clinicien attend dans toute péritonite, mais des signes peuvent exister et prédominer qui risquent de tromper. C'est ainsi que :

Dans la deuxième observation, la fièvre est tombée régulièrement de 39,7 à 37° malgré la péritonite et malgré le nombre de globules blancs à 49.200.

Dans la première observation au contraire, le nombre de globules blancs était à 6.300 puis, à 8.900 mal-

gré la présence au niveau de l'ovaire d'un abcès gros comme une noix. L'état de la rate ne permet pas d'expliquer cette absence de réaction leucocytaire. L'examen histologique a en effet montré une rate paludéenne banale. Doit-on alors mettre cette leucopenie sur le compte d'un manque de réaction de défense de l'organisme ? La leucopénie observée peut-elle être rapprochée par analogie à cette leucopénie initiale qui précède la leucocytose (qui n'a pas eu le temps de se manifester chez notre malade) dans les septicémies que Delbet et Chevassu avaient noté et que Widal a mise en valeur ? Et Mondor lui aussi, signale dans une observation récente de septicémie à staphyloccoque doré, une leucocytose qui n'a jamais dépassé 8.000 globules blancs, alors que la température restait en plateau entre 40° et 41°.

La rupture de la rate dans le cas I. a retenu notre attention. On pourrait la classer dans le cadre de ces ruptures pour ainsi dire spontanées des rates palustres, rates malades, fragiles, qu'un effort de toux, un mouvement un peu brusque a pu rompre. La sensation d'arrondi, de mollesse et de flot, la radiographie peut-être, plaident en faveur de cette hypothèse. Cependant l'examen histologique a montré une rate paludéenne banale et dans cette rate il a été fait des ponctions multiples à l'aide d'une aiguille à ponction lombaire. Peut-on trouver là l'explication de la brèche découverte à l'intervention ? C'est possible. Il nous semble difficile d'affirmer telle ou telle hypothèse. En tout état de cause, il n'en existait pas moins un abcès de l'ovaire rompu et nous pouvons admettre que c'est lui qui est responsable des signes, de l'état général et du décès de notre malade.

En résumé, dans deux cas on note la présence

après manœuvres abortives d'abcès de l'ovaire, sans lésions salpingiennes, qui rompus ont déterminés une péritonite. L'importance de cette complication ne nous échappe pas. Nous l'étudierons dans un prochain chapitre.

OBSERVATION N° 3

(Sampson in thèse Lejeune)

Femme de 26 ans, atteinte d'infection puerpérale grave à la suite de manœuvres abortives. A l'autopsie on trouve une pelvi péritonite purulente enkystée à la partie supérieure par des adhérences épiploïques et intestinales, avec de nombreux abcès de l'ovaire. A l'examen du pus : streptoccoques et colibacilles.

OBSERVATION N° 4

(Stinson the médical Record, New-York, 7 Août 1897, p. 203).

Manœuvres abortives. La malade est vue plusieurs semaines après son avortement. Etat général très grave. Au toucher utérus gros comme un utérus gravide de 6 mois. Orifice utérin dilaté. L'utérus contient encore le foetus et le placenta. Evacuation utérine. Injection intra utérine. Suites fébriles. On refait par la suite deux explorations à la curette. L'état continue à être grave. On décide une hystérectomie vaginale. L'ovaire gauche est abcédé, de même l'utérus au niveau de sa paroi gauche.

Mort 18 heures après.

OBSERVATION N° 5

(In thèse Delord-Paris 1936)

Malade qui se plaint de douleurs dans le bas

ventre depuis un avortement survenu deux ans auparavant.
La première année, elle a été obligée de se reposer et de s'aliter 6 mois.
La seconde année, elle s'est alitée deux mois, les douleurs se sont à peu près calmées mais la fièvre persiste entre 38° et 39°.
A l'intervention, on trouve un abcès de l'ovaire à pus fétide de la dimension d'une grosse mandarine.
A gauche, ovaire sain mais kystique.

OBSERVATION N° 6

(Thèse Mauger, Paris 1900).

Julie D...., 27 ans. 2 fausses couches. Infection à la dernière. Pertes verdâtres très épaisses. Douleurs lombaires. Curettage. Continue à souffrir.

EXAMEN : A droite, tumeur indépendante de l'utérus dans le cul de sac latéral et dans le cul de sac postérieur. A gauche, on sent les annexes augmentées de volume.
Epaississement des ligaments larges.
Hystérectomie vaginale. Ovaire droit suppurée. Trompe droite dure, peu augmentée de volume. Salpingite catharrale à gauche.
Le ligament large, épaissi, renferme des nodules ayant l'aspect de ganglions lymphatiques et qui, sectionnés, laissent suinter sur la surface de section, des goutelettes de pus. Ces nodules inflammatoires dont quelques-uns représentent même de véritables petits kystes purulents siègent principalement dans le voisinage du hile de l'ovaire et le long de l'artère utérine près du col. Ce sont des réseaux épais de vaisseaux lymphatiques suppurés.

Clinique

Clinique

L'abcès de l'ovaire consécutif à des manœuvres abortives débute par une période obscure mais préoccupante pendant laquelle si les signes physiques ne sont quelquefois rien, les signes généraux sont surtout de gravité. Comme on sait le faire au niveau de l'appendice, il faut savoir là, dans un groupement de signes généraux, puis de signes locaux d'abord de voisinage, essayer avant la rupture fréquente de l'abcès, c'est-à-dire avant la péritonite particulièrement sévère de faire un diagnostic et de trouver les raisons urgentes d'intervenir.

SYMPTOMATOLOGIE

Ce que l'interrogatoire de la malade apprend du début des accidents, n'est pas très particulier. Peu s'en faut que la ressemblance avec les rétentions placentaires les plus banales ne soit complète et ne doive désorienter.

Au début, l'élévation thermique à 38,5, 39°, l'accélération du pouls qui accompagnent des douleurs abdominales un peu augmentées chez une malade asthéniée, qui perd et expulse des débris placentaires n'a rien de saisissant.

Peut-être serait-on frappé, par l'existence de violentes coliques dans un des côtés du ventre, bientôt irradiées à tout l'abdomen.

Et l'on ne se précipite pas sur la curette, parce que la profonde atteinte de l'état général fait hésiter et donne l'impression que l'infection est au-delà de l'utérus.

L'aspect de la malade est en effet inquiétant, son faciés est tiré, amaigri, jaunâtre ; les yeux sont cernés ; la fatigue est extrême, croissante et tend à la prostration. Elle est dyspnéique et angoissée et semble plus atteinte que ne le voudrait une simple rétention placentaire.

Et à côté de la violence de ces signes, l'atténuation des signes physiques est troublante.

Exceptionnellement, on peut trouver à cette période un empâtement diffus dans une des fosses iliaques, avec à ce niveau une douleur exquise. Cherchons-le, mais ne nous attendons pas à le trouver dans tous les cas.
Et il est plus inutile encore, d'espérer trouver une poche isolée fluctuante comme le signale Mauger ; plus souvent c'est une légère défense de la paroi localisée à une fosse iliaque avec à ce niveau une douleur vive. Dans certains cas on peut observer un ventre légèrement ballonné et sa palpation, même superficielle, est douloureuse.

Le toucher vaginal montre en général, un col ouvert ; le corps utérin est ramolli et augmenté de volume, et dans un cul de sac une masse para-utérine dure, douloureuse. Elle semble faire partie de l'utérus et comme on ne pense pas à la possibilité d'un abcès ovarien, on se dépêche de la considérer comme un fibrome en voie de dégénérescence.

Les jours suivants, le pouls s'accélère et s'affaiblit et bientôt se dissocie de la température qui va présenter les types de courbe les plus variés : oscillante, ou progressivement croissante et dans deux de nos observations, régulièrement descendante jusqu'à 37°, malgré la rupture de l'abcès.

L'état général s'aggrave ; des vomissements apparaissent parfois

Mais localement, on peut alors noter une défense plus nette d'une fosse iliaque. On croit à une contracture débutante, mais il arrive de voir cette défense musculaire seulement se maintenir, ou s'atténuer le lendemain.

Et tant qu'elle existe, il est difficile de faire un toucher vaginal et un palper abdominal combinés. Mais avec beaucoup de patience et de douceur on peut sentir au toucher la base d'un ligament large résistante et douloureuse, et à bout de doigt la masse annexielle également douloureuse mais qui souvent a perdu de sa dureté et donne une sensation de mollesse et de fausse rénittence.

Il reste difficile de la délimiter et surtout de l'isoler d'un utérus augmenté de volume, immobile, fixé, auquel elle semble souvent appartenir.

L'hémoculture est négative et on ne saisit pas l'instant de la bactériémie transitoire, si tant est qu'elle existe, pour individualiser le germe infectant.

La numération globulaire montre en principe une anémie avec leucocytose à prédominance de polynucléaires. Mais il arrive que le nombre de globules blancs comme nous l'avons signalé dans une de nos observations ne dépasse pas 8.000.

L'hypotension artérielle est constante et accusée. La maxima tombe à 7 ou 8 au Vaquez. La minima s'abaisse aussi. C'est une hypotension globale.

Des palpitations, des vertiges, le refroidissement des extrémités, une tendance syncopale, constituent autant d'éléments traducteurs de l'hypotension. Mais celle-ci coexiste avec une tachycardie notable : le pouls petit, bat à 100 pulsations à la minute.

Les urines sont hautes en couleur, diminuées de volume.

La constipation est de règle.

L'hypoglycémie est fréquente.

L'hypochlorémie plasmatique et globulaire est marqué quand l'abcès s'accompagne de vomissements abondants.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

Tel est le tableau d'abcès de l'ovaire consécutif à des manœuvres abortives.

Rarement l'abcès se constitue lentement et ne se manifeste que très longtemps après l'avortement. Comme nous avons pu l'observer, son évolution est essentiellement rapide et pourrait-on dire aiguë ; une fois constitué, c'est-à-dire dans les jours qui suivent l'avortement, il va brûler les étapes et son évolution ne le conduit pas fréquemment vers la résorption. Sa croissance rapide va aboutir au contraire à la rupture.

Lorsque cette rupture est vers le péritoine, les risques de mort sont grands : si les adhérences protectrices n'ont pas fait barrière infranchissable, la mort par péritonite diffuse aiguë n'est pas rare et nous l'avons observée chez deux de nos malades. Dans le cas où la péritonite se localise, il faut selon Uebermuth, également envisager la mort à brève échéance.

Il convient d'insister sur les caractères de ces péritonites, car il existe dans la littérature très peu d'observations de péritonite par rupture d'un abcès de l'ovaire.

Gaudart d'Allaines a rapporté le premier à la Société Nationale de Chirurgie en 1929 un cas de péri-

tonite à pneumoccoques par rupture d'abcès du corps jaune. Ce n'était pas un abcès déterminé par des manœuvres abortives.

Dans nos deux premières observations, nous avons eu à déplorer la mort des deux malades. Dans les deux cas les abcès ovariens se sont rompus dans le péritoine.

On doit bien connaître le risque de ces péritonites qui se manifestent par peu de signes et dont l'évolution est brutale comme celle de toutes les péritonites par rupture de collections, celles des abcès appendiculaires ouverts tout à coup dans la grande cavité, celles des pyosalpinx rompus qui commandent l'intervention d'urgence.

Si la péritonite consécutive à la rupture d'une abcès de l'ovaire avait la symptomatologie brutale, franche des péritonites par perforation de l'estomac, son traitement pourrait être entrepris avec moins de retard et pour des résultats meilleurs. En fait, il faut ne pas vouloir, pour faire le diagnostic de péritonite dans ce cas, un ensemble symptomatique complet ou même quelques signes éclatants.

Ce sont des péritonites sans contracture et celle-ci se limite à une simple défense de la paroi, sans durcissement des muscles. Les signes que la clinique enregistre sont flous alors que les lésions suppurées du péritoine ont acquis une grande extension.

Palano insiste sur le désaccord qui existe entre la violence des signes subjectifs et généraux et l'atténuation des signes objectifs.

Mondor demande de ne pas s'étonner qu'une péritonite du post obortum ne donne pas d'élévation thermique et rapporte des cas où la température est peu élevée, basse même. Dans une de ces observa-

tions la température était à 38° malgré la présence de colibacilles dans la cavité péritonéale.

Runge signale une température à 37,2 bien que staphyloccoques et colibacilles aient été trouvés en abondance dans le liquide péritonéal.

Chez une de nos malades, malgré un pus polymicrobien à prédominance de streptoccoques, la température était à 36,5 la veille de l'intervention, à 37° le jour de l'intervention.
Mais fait caractéristique, le pouls est constamment accéléré et sans rapport avec la température. Entre deux examens faits, l'écart étant de trois heures, le changement est d'apparence catastrophique et ce sont des signes si on s'y réfère qui avertissent du pire.

Palano se détermine à la laparotomie sur la matité des fosses iliaques et une contracture débutante.

Dans ces péritonites consécutives à la rupture d'un abcès de l'ovaire, il faut savoir se contenter d'un tableau fruste ; il faut noter le moindre avertissement péritonéal si discret soit-il — et il ne sera jamais bruyant — pour intervenir ou tout au moins, dans le doûte, faire une petite boutonnière sous anesthésie locale qui confirmera un diagnostic hésitant. Sa précocité nous semble être le facteur capital, celui qui nous permettra d'améliorer le pronostic.

FORMES CLINIQUES

La forme aiguë est la forme habituelle, c'est celle que nous avons décrite.

L'abcès cachectisant, signalé par Mauger est rare : la malade maigrit, s'affaiblit, ne souffre pas. On pense au néoplasme. S'il survient quelques poussées fébriles, le diagnostic de tuberculose annexielle vient

à l'esprit. C'est dans cette forme que l'on peut observer une évolution vers la sclérose.

Les formes symptomatiques sont nombreuses et le tableau clinique pourtant peu précis d'un abcès de l'ovaire, est totalement modifié par la prédominance d'un symptome et l'absence à peu près complète parfois de tout symptome génital ou abdominal.

Il faut signaler :

La forme hémorragique où l'anémie et le collapsus cardio vasculaire sont les éléments dominants.

La forme salpingienne avec ses troubles fonctionnels généraux et physiques qui en imposent par une salpingite.

Des formes névralgiques, souvent à type de névralgie lombo-abdominale avec sur le trajet du fémoro cutané un point pubien, un point inguinal, un point iliaque, ont été signalées par Mauger.

Des formes associées à une phlébite qui ont fait croire à certains auteurs que celle-ci était nécessaire à la formation de l'abcès.

Des formes associées à un abcès utérin, à une ovarite scléro kystique de l'autre côté, sont fréquentes.

En fait, ce sont là des variétés cliniques souvent et tellement éloignées du tableau habituel de l'abcès de l'ovaire qu'il devient quasi impossible de faire un diagnostic précis d'emblée et c'est l'évolution ultérieure qui clarifie en général le problème.

PRONOSTIC

Le pronostic est toujours grave. Il est dominé par la rupture de l'abcès. Aussi la rétrocession si elle est possible doit-elle être considérée comme exceptionnelle et ne doit pas faire oublier l'éventualité de la péritonite, d'où l'urgence de l'intervention avant la

propagation des germes virulents vers la cavité péritonéale.

Une hyperpyrexie considérable au début, une tachycardie extrême, un abattement excessif doivent faire présager le pire.

L'association de la tachycardie toujours grande et d'un abaissement excessif de la tension artérielle accompagne des formes graves qui pardonnent rarement.

Une chute thermique extrême peut être le signal du début de la péritonite.

Le pronostic de l'infection base sur la multiplication des polynucléaires neutrophiles jeunes, méthode préconisée par Arneth et Wolf en Allemagne, n'a pas paru à Guéniot et Cathala mériter une application pratique parce qu'elle accompagne la gravité clinique sans l'annoncer ni la faire prévoir.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est très difficile. Peut-être sa précision sera-t-elle moins exceptionnelle à mesure que l'on en connaîtra mieux la possibilité. Jusqu'ici, on ne peut que constater cette carence. Il faudrait arriver à cette affirmation en apparence simple : c'est une collection suppurée de l'ovaire, ou tout au moins affirmer, collection purulente para-utérine non aisément définie et ne pas tarder à pratiquer l'acte opératoire.

En effet, la réaction péritonéale de voisinage se traduit par une poussée de pelvipéritonite qui immobilise les différents organes du petit bassin et il est souvent difficile de préciser les différentes sensations que l'on s'attend à rencontrer dans une collection ovarienne. Et c'est ainsi qu'on ne peut toujours dire :

Collection ovarienne. parce qu'elle ne semble pas indépendante de l'utérus, parce que celui-ci immobile ne permet pas de juger de la transmission à la tumeur des mouvements qu'on lui imprime.

Plutôt s'attendre par le toucher à faire difficilement la part de ce qui revient à l'ovaire de ce qui appartient à un utérus augmenté de volume et fixé, et retenir qu'il n'y a pas un seul symptome important qui avertirait de l'existence d'un abcès mais des petits signes, qui isolés sont sans caractère, mais dont l'ensemble est de la plus grande valeur et doit permettre de porter un diagnostic d'abcès.

Au début rien ne permet de reconnaître l'abcès, mais celui-ci une fois entré dans sa phase aiguë, il faut y penser chez une femme qui vient de subir des manœuvres abortives et qui perd quand on constate :

— Une tumeur latérale, para utérine, dure et douloureuse.

— Une défense de la paroi de la fosse iliaque correspondante, avec douleur exquise à ce niveau.

— Un état général assez atteint : faciès pâle, amaigri, yeux cernés ; la fatigue extrême, l'angoisse de la malade.

— Un complet désaccord entre la température et le pouls ; la courbe thermique est variable mais le pouls est progressivement et continuellement ascendant et tend à devenir petit, instable. C'est un signe constant.

— L'association d'une tachycardie et d'une hypotension globale.

— L'inefficacité de la thérapeutique médicale.

On peut tenter comme dans les autres suppura-

tions un diagnostic bactériologique ; il pourrait avoir son importance dans l'application d'une vaccination spécifique. Il ne peut malheureusement pas être établi de façon pratique. V. Cathala et P. Guéniot ont essayé de faire ce diagnostic dans un certain nombre de suppurations ; ils ont noté l'inconstance de l'infection sanguine. Certaines femmes qui ont guéri avaient des streptoccoques dans le sang, tandis que d'autres dont l'examen bactériologique s'étaient montré négatif avaient succombé plus ou moins rapidement.

Le diagnostic d'abcès de l'ovaire est rendu d'autant plus difficile que les causes d'erreur sont nombreuses.

La masse para-utérine fait errer le diagnostic :

Tantôt elle est prise pour un fibrome en voie de dégénérescence ;

Tantôt pour un kyste suppuré de l'ovaire.

Et dans ces deux cas l'interrogatoire de la malade prend de l'importance ; il doit renseigner sur les troubles de la menstruation qui auraient pu précéder l'avortement. Il n'en reste pas moins, que c'est un diagnostic délicat.

D'autres fois l'abcès peut être confondu avec un hématocèle suppuré ou un pyosalpinx.

Dans d'autres circonstances on a cru qu'il s'était agi de manœuvres abortives pratiquées lors d'une grossesse extra-utérine et c'est à l'intervention qu'on a reconnu l'abcès.

Pour illustrer encore mieux la difficulté de ce diagnostic, citons ce passage de Lejars : « Pour nous en tenir aux abcès pelviens, n'est-il pas démontré qu'un certain nombre de ces collections ne sont incluses ni dans la trompe distendue, ni dans une poche ovarienne, que leur paroi est toute entière adventive, for-

mée d'adhérences et de fausses membranes ; ce sont des abcès intra-péritoniaux et leur processus d'enkystement, d'extension, d'évolution, répond à ce type des suppurations localisées du péritoine. »

Au total diagnostic particulièrement délicat ; il nécessite de la part du chirurgien ou du médecin un sens clinique averti. Il faut savoir interpréter les signes relevés au cours d'un examen génito abdominal difficile et acquérir le plus tôt possible une certitude suffisante pour poser les indications thérapeutiques.

Ce sont ces indications que nous allons étudier.

Traitement

Traitement

L'abcès de l'ovaire d'origine abortive, n'est pas justiciable d'un traitement médical, mais celui-ci peut toujours être tenté avant d'envisager l'éventualité d'une opération.

Les différents moyens, analgésiques et résolutifs : application de vessie de glace sur l'abdomen, vaccins, sulfamides, entraînent en général une baisse thermique mais rarement une régression de l'abcès.

Le traitement est essentiellement chirurgical.

A moins d'urgence, l'intervention devra s'attaquer aux lésions, lorsqu'elles sont refroidies, et la vaccination opératoire, bien que n'ayant pas la faveur de tous les chirurgiens, semble constituer un élément adjuvant de la cure chirurgicale.

Decoulx et Bastien ont montré que l'étude de la leucocytose est un excellent test, permettant de juger mieux que la température, du degré de refroidissement de la lésion et ainsi de son opérabilité. Ils interviennent quand le nombre de globules blancs est à 6000 ou 7.000.

Quelle intervention, conservatrice ou radicale, convient-il de choisir ?

La trompe étant saine, la castration de l'ovaire atteint, semble l'opération idéale. Mais il faudra tenir compte de quelques facteurs étrangers à l'état des annexes mêmes : présence d'adhérences, péritoine pelvien malade, épiploon enflammé, réaction appendiculaire concommittante avec brides. Lorsqu'en raison de l'importance de ces lésions, il ne semble pas que l'opération puisse aller sans risques, c'est aux in-

terventions radicales que l'on doit s'adresser : l'hystérectomie subtotale devient alors l'opération de choix.

Lecène aimait faire des hystérectomies totales rétrogrades après incision première du vagin devant le col, ce qui lui permettait de passer entre les deux feuillets du ligament large, et de créer un plan de clivage devant la lésion suppurée.

Des tendances très opposées s'affrontent en ce qui concerne l'opportunité du drainage. De nombreux auteurs cependant le recommandent dans les suppurations d'origine abortive, qui sont en général très virulentes.

Conclusions

1) L'abcès de l'ovaire d'origine abortive doit être considéré comme une forme anatomo-clinique bien définie.

2) Il ne s'accompagne pas de lésions suppuratives des trompes.

3) Il est en général polymicrobien et les germes infectants d'origine mixte, exogène et endogène, gagnent l'ovaire par voie sanguine et lymphatique.

4) Ses signes les plus fréquents sont :
— L'existence au toucher vaginal d'une masse para-utérine, dure et douloureuse.
— Des signes généraux d'infection marqués par un désaccord entre la courbe de température et celle du pouls.

5) Son évolution, dans la forme habituelle, est aiguë ; il n'a aucune tendance à se résorber spontanément, mais au contraire, à se rompre.

6) Sa complication la plus grave est la péritonite diffuse qui s'accompagne de peu de signes physiques.

7) Son diagnostic est difficile et délicat et ne repose sur aucun symptome constant, mais sur de nombreux petits signes, qui isolés sont sans caractère, mais dont l'ensemble a une grande valeur.

8) Le traitement médical est sans efficacité. L'exerèse chirurgicale seule, donne des résultats satisfaisants.

Bibliographie

ALLAINES (GAUDART d'). — Abcès du corps jaune rompu. - Bull. et mem. de la Soc. Nat. de Chir. 55 : 1373-1374 : N° XII, 29.

ATTI. — Soc. Ital. di. Ostet. et Ginec. 35-202-205, March April 1939. - Acute péritonitis due to rupture of abcess during labor.

BLACK (W. T.). — Abcès de l'ovaire - South. M. J. 29-630-636, Juillet 1933.

CHOME. — Abcès non puerpéraux de l'ovaire et abcès du corps jaune - Thèse de Paris 1919.

DALCHE. — De l'ovarite - Thèse de Paris, 1885.

DARNALL (W. E.). — Suppuration de l'ovaire. M. Rec. 139-395-396, 18 Avril 1934.

DELBET (Pierre). — Les abcès de l'ovaire - Thèse de Paris, 1891.

DUBRISAY & JEANNIN. — Précis d'accouchement.

FAURE & SIREDEY. — Traité de gynécologie medico chirurgicale.

JACOBS. — Un cas d'abcès de l'ovaire. Bull. Soc. Belge, de Gynec. et d'Obst. 1892 III p. 58-60.

— Abcès de l'ovaire gauche simulant une grossesse extra utérine.

JEWETT (C.) — Abcès de l'ovaire - Brooklyn med. jour 1906, XX p. 33.

KRUEGER DE GOETTINGUE. — Cité d'après Chomé.

LACOUTURE. — Sur un cas de chorio epitheliome, coexistant avec un abcès de l'ovaire. - Soc. d'Obst. et de Gynec. de Bordeaux, 12 Nov. 1939.

LAWERS. — Abcès ovarique à streptoccoques et coli-bacilles. Coeliotomie mort - Bull. Soc. Belge de Gynec. et Obst., 1900, XI p. 207-213.

LAFFONT (A), FARAGGI, FRIJA. — Abcès de l'ovaire rompus après manœuvres abortives - Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynec. de Paris, Juin 1941.

LECENE. — Thérapeutique chirurgicale.

LEJEUNE. — Abcès puerpéraux - Thèse de Paris, 1932.

MAUGER. — Contribution à l'étude de l'ovarite suppurée - Thèse de Paris, 1900, 1901.

MONDOR. — Avortements mortels.
— Diagnostics urgents, p. 326, 1930.

MOULONGUET-DOLERIS. — Diagnostics anatomo-cliniques de Lécène, recueillis par des élèves. Appareil génital de la femme.

OKINZYC. — Les oophoro salpingites métastatiques. Ann. de Gynec. et d'Obst. VII, p. 27, Janv. 1910.

ORTHMANN. — Centall-f. Gynec. N° 25, 23 Oct. 1897.

OTTORINO TENANI. — Rupture d'un abcès de l'ovaire.

— Péritonite aiguë.

— La clinica ost. N° 1 gen. 1929, p. 21.

PITHA. — Diagnostic étiologique des abcès ovariens. Monatsch-f-Geburtsch U-Gyn. 1899 X p. 141-174.

POLAK (J. O.). — Types d'abcès tubo-ovariens. Americ ; Gyn. a. Obst. New-York 1901 XIX, p. 439.

POTEN (W.). — Contribution à l'étude des abcès primitifs de l'ovaire - Path. Anat. Arbeiten, J. Orthu, Prof. Subil Berlin, 1903.

REYMOND. — Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo ovarites - Paris 1885.

REILLY. — An. Med., Fev-Mars-Avril 1935.

ROUSSY-LEROUX-OBERLING. — Précis d'anatomie pathologique, Tome II, p. 882.

ROUVIERE. — Anatomie des lymphatiques.

SCHULTZ (C. S.). — Abcès de l'ovaire - Internat. Journal of Surg New-York 1904, XVII, p. 234-239.

SZAMECK. — Gravidité et abcès de l'ovaire. Wiener-Mediz-Wochenschr 79-1590-1594, VII, 1929.

TOURNEUX (J. P.). — Deux cas d'abcès ovariens. Soc. de Médecine de Toulouse, 21 Mars 1927.

UEBERMUTH (H.). — Rupture of pyosalpinx and of tubo ovarien abcess as cause of gynecologie peritonitis. - Ztsch-fur-gburth. V. Gynäk, 113-258-262, 1936.

WALLICH-LEVY-SOLAL. — Eléments d'obstétrique.

V U

Le Président de Thèse,

A. LAFFONT.

Le Doyen,

J. LEBON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Alger, le 14 Juin 1941.

Le Recteur,

G. HARDY.

Table des Matières

Considérations générales 21

Historique 23

Anatomie Pathologique 27

Etiologie 31

Pathogénie 35

Physio-Pathologie 43

Observations 49

Clinique 61

Traitement 75

Conclusions 79

Bibliographie 81